

Actualización en el tratamiento de la infección y de la enfermedad tuberculosa

S Moreno Guillén

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Durante las dos últimas décadas la tuberculosis ha recuperado un protagonismo en el mundo occidental que había perdido desde que la incidencia de la enfermedad inició su disminución en los mismos. Muchos países, incluyendo y especialmente Estados Unidos, asistieron en este período a dos problemas relacionados con la tuberculosis que motivaron la actualidad de la enfermedad: un aumento en la incidencia que invirtió la curva decreciente que se había producido durante años y la aparición de brotes de tuberculosis multirresistente que hicieron temer durante un tiempo los peores presagios. Las causas que motivaron estas tendencias estaban claras y parecían relacionarse con la epidemia de infección por VIH/SIDA en las grandes ciudades junto con el desarrollo de tuberculosis en inmigrantes de países con alta prevalencia de enfermedad tuberculosa.

Durante un período relativamente corto de tiempo la tuberculosis centró la atención de científicos y se hicieron algunos intentos de investigación en la enfermedad. Dada la catastrófica situación que se estaba viviendo en países ricos, pareció que se progresaría en el manejo global y, en particular, en el tratamiento de la enfermedad. La plaga, sin embargo, fue controlada y los progresos que se han hecho han sido más bien escasos. Sin duda, algún provecho se ha sacado de la experiencia pero no ha habido cambios radicales en el manejo de la tuberculosis, ni en el diagnóstico ni en el tratamiento de infección y enfermedad tuberculosa.

Específicamente en lo relativo al tratamiento de infección y enfermedad tuberculosa cabe destacar algunos hechos:

1. No se ha asistido a la aparición de ningún fármaco antituberculoso que aporte diferencias sustanciales a lo existente. Entre las "novedades" en este campo sólo cabe citar el uso más frecuente de rifabutinina debido a las interacciones de rifam-

picina con algunos fármacos antirretrovirales, el establecimiento de las indicaciones y limitaciones de la rifapentina y la consideración de algunas fluoroquinolonas como agentes antituberculosos de segunda línea. Ninguno de estos fármacos permite disminuir el número de drogas en el régimen o la duración del tratamiento o la profilaxis. Otros fármacos, como linezolid, han mostrado su actividad frente a *Mycobacterium multirresistente*, pero algunos inconvenientes del fármaco (toxicidad, precio) impiden su utilización rutinaria.

2. No se han construido nuevos regímenes de tratamiento de enfermedad tuberculosa que difieran sustancialmente de lo ya conocido. Algunas recomendaciones que se han establecido se han elaborado reciclando conocimientos previamente adquiridos o reanalizando viejos estudios (importancia del número de dosis en un período de tiempo, valor del cultivo de esputo a los 2 meses para decidir la duración del tratamiento, etc.). El número de fármacos, los fármacos a incluir y la duración siguen siendo idénticos o similares a lo establecido durante décadas.
3. Se ha introducido el concepto de Tratamiento Directamente Observado (TDO) como una manera de garantizar el cumplimiento. El concepto es importante, especialmente en países donde la incidencia es muy alta, el acceso a la medicación es difícil y los riesgos de mala adherencia son elevados. La medida es también útil en medios similares al nuestro, pero se ha encontrado con importantes problemas de implantación y, en cualquier caso, se limita a un número relativamente escaso de afectados.
4. En el terreno de la quimioprofilaxis (o tratamiento de la infección tuberculosa latente), la incorporación de pautas cortas (2-3 meses) con dos o más fármacos podía suponer un importante avance en

este aspecto. Sin embargo, los avances notables que se hicieron y las perspectivas que se contemplaron con los resultados de un estudio en personas infectadas por VIH con rifampicina y pirazinamida, administradas durante 2 meses, se vieron truncadas por la toxicidad grave, que incluyó muertes, cuando la pauta se utilizó en personas no infectadas por VIH. En la actualidad se ha vuelto a establecer como pauta de elección la administración de isoniazida durante 9 meses.

5. Otros cambios en el terreno del tratamiento de la infección tuberculosa latente son menos novedosos. Unas recomendaciones elaboradas recientemente por los CDC en conjunción con algunas sociedades científicas de Estados Unidos han propuesto cambios que, en realidad, se han basado en el reanálisis de datos previos. Las recomendaciones establecen (para Estados Unidos) que se limite la realización de la prueba de la tuberculina a las personas que se encuentran a mayor riesgo de poder reactivar una tuberculosis y que por tanto serían subsidiarias de recibir medicación, y modifica la duración de la profilaxis tanto en personas VIH+ como VIH-.
6. De modo forzoso, los principales avances se han producido en el conocimiento y manejo de la tu-

berculosis en pacientes infectados por VIH. La asociación VIH-tuberculosis se estableció a mitad de la década de los 80 y después de esto se conoció bien el riesgo de enfermar de estos pacientes y las pautas más adecuadas de tratamiento de enfermedad e infección tuberculosa.

Globalmente, por tanto, los médicos nos hemos visto obligados a actualizarnos en el cuidado de los pacientes con tuberculosis o a riesgo de padecerla. Esto ha supuesto en sí mismo un avance respecto a la situación previa. El estado de la enfermedad ha obligado a prestarle atención y se han producido los escasos avances comentados. Pero la enfermedad ha vuelto a estar razonablemente controlada (como antes de estas dos décadas, tampoco mejor) y ha vuelto a ser una enfermedad de personas y países pobres, en la que no es rentable invertir.

CORRESPONDENCIA

Talleres Editoriales Cometa, S.A.
Ctra. de Castellón, Km. 3,400
50013 Zaragoza